

## Toxicologia NTO

### Controle de Custódia - Teste de triagem de drogas de abuso e substâncias psicoativas - Urina

Dados do paciente:

Nome:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade:

CPF:

RG:

#### Razões para a Execução do Teste:

- ☐ Admissional ☐ Aleatório ☐ Retorno ao serviço ☐ Pós-tratamento  
☐ Acompanhamento ☐ Suspeita justificada ☐ Periódico

Amostra (urina isolada recente):

- ☐ assistida por: \_\_\_\_\_  
☐ não assistida (sem valor legal - o laudo será emitido com quebra de cadeia de Custódia): \_\_\_\_\_

Medicamentos nos últimos 30 dias: \_\_\_\_\_

#### Declaração do Paciente:

Eu, abaixo assinado, consenti que uma amostra de minha urina seja colhida e testada para detectar a presença de drogas de abuso e/ou substâncias psicoativas. Eu isento todos os médicos e paramédicos, laboratórios, hospitais, clínicas, empresas, agentes e representantes envolvidos no teste de toda e qualquer responsabilidade advinda das informações contidas no resultado do meu teste. Declaro que a amostra rotulada com o número de recipiente idêntico ao do formulário foi rotulada e selada na minha presença.

Quando aplicável, autorizo, ainda, a entrega dos resultados dos referidos exames diretamente aos cuidados do Departamento de Medicina do trabalho da empresa: \_\_\_\_\_.

Assinatura

Data e Hora

**Preencher somente para menores de 18 anos:**

Nome do responsável:

RG:

Assinatura:

**Declaração do Responsável pela Coleta (preenchimento exclusivo do laboratório):**

Nome:

RG:

Eu, abaixo assinado, declaro que conferi a amostra a mim apresentada pelo paciente que assina esse formulário e apresenta o mesmo número de recipiente. Ela foi rotulada e lacrada na presença do paciente.  
E declaro também que conferi o RG dos envolvidos.

Assinatura:

Data e hora: